Lane Medical Library

Ein Fall von hysterischer Aphasie im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

welche

zur Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

mit Zustimmung der

medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin

am 11. August 1904

nebst angefügten Thesen öffentlich verteidigen wird

der Verfasser

Abram Bassenco

aus Russland.

Opponenten:

Dr. med. Barjansky

Dr. med. Sissmann

cand. med. Scharogorotsky.

Berlin-Charlottenburg

Druck von J. Załachowski

Stuttgarter Platz 3.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Königlichen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen.

Berlin, August 1904.

Dem Andenken
meiner Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154013_0164

Bevor wir zur Betrachtung unseres Falles, der im Kurse über Nervenkrankheiten des Herrn Professor Dr. Mendel während des Semesters 1903-4 zur Beobachtung kam, übergehen, scheint es von Wert zu sein, die Lehre von der Aphasie vorauszuschicken. Unsere Darstellung wird nur eine flüchtige und skizzenhafte sein.

»Unter Aphasie versteht man die Schädigung des im Gehirn stattfindenden Sprachbildungsvorganges. Störungen der Sprache, die auf Schädigung des Artikulationsmechanismus beruhen, werden als Anarthrie von der Aphasie unterschieden« (Leube).

»Heutzutage ist es dahin gekommen, dass man unter Aphasie nicht mehr die eigentlichen Sprachstörungen allein begreift, sondern den gesamten, bald grossen, bald kleinen Symptomenkomplex, unter dessen Bild die Ausführung oder das Verständnis irgend welcher Zeichen, durch die der Mensch seine Vorstellungen und Gefühle Andern mitteilt, beeinträchtigt ist« (Kussmaul).

Die Beobachtungen von Sprachstörungen, welche von Aerzten ausgeführt wurden, haben die wichtigste Rolle bei den Fortschritten der Physiologie des Gehirns und der Psychologie gespielt. Unter dem Einfluss dieser Beobachtungen hat die Psychologie denselben Standpunkt eingenommen, wie die Naturwissenschaft, und zwar denjenigen, dass die Erscheinungen des Seelenlebens mit den körperlichen eng verknüpft sind.

Schon Hippokrates war der Meinung, das von allen Körperteilen das Gehirn die nächsten Beziehungen zu der Seele hat. Damit sind die meisten Forscher einverstanden. Aber die Meinungen über die Frage, ob die einzelnen Funktionen unserer Psyche mit bestimmten Regionen der Gehirnrinde (Lokalisationstheorie) verknüpft sind, gehen auseinander.

Wir werden sehen, wie diese verschiedenen Vorstellungen über die Hirnfunktion auf die Lehre der Aphasie gewirkt haben.

An der Spitze der Forscher, die sich mit diesen Fragen befasst haben, steht Gall (Anfang des 19. Jahrhunderts), welchen Kussmaul als den eigentlichen Vater der Lokalisationsidee bezeichnet.

Gall hat zuerst die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass die Grosshirnrinde zu den psychischen Vorgängen in Beziehung steht und dass die Teile des Gehirns in psychischer Hinsicht nicht von gleicher Wichtigkeit sind.

Diese Lehre stiess anfangs auf heftigen Widerspruch, wurde aber schon nach kurzer Zeit wissenschaftlich bewiesen (Fritsch, Hitzig). Gall unterscheidet »Wortsinn« und »Sprachsinn« und verlegt diese Vermögen in die Grosshirnteile hinter und über der Orbita (Kussmaul). Sein Schüler Bouillaud bestimmte für das Sprachvermögen den vorderen Lappen des Gehirns über der sylvischen und vor der Rolando'schen Spalte.

Der französische Arzt Marx Dax hat nachgewiesen, dass die Aphasie infolge einer Beschädigung der linken Hemisphäre entsteht. Broca hat zuerst im Jahre 1861 eine bestimmte Form von Sprachstörung, motorische Aphasie, auf die Läsion einer bestimmten Hirnrindenstelle (linke dritte untere Stirnwindung) zurückgeführt. Die zweite wichtige Entdeckung in dieser Richtung

erfolgte im Jahre 1874 durch Wernicke (Die aphasischen Sprachstörungen Breslau 1874). Wernicke beobachtete einen Kranken, welcher bei der Erhaltung des Gehörs die Worte nicht verstanden hat (Worttaubheit). Er konnte selbständig sprechen, aber seine Sprache war ohne Zusammenhang und Sinn. Dieser Zustand hing von der Läsion einer gewissen Stelle in der Gegend der oberen Schläfenwindung ab. Diese Stelle sei Wernickes Meinung nach, im Gegensatz zum Broca'schen Zentrum des notorischen Wortgedächtnisses, dasjenige des sensorischen, welches zum Verstehen der Sprache, Kontrollierung der eigenen Worte, wie auch zur Lieferung des ganzen Wortmaterials, über welches wir verfügen, dient. Wernicke verknüpft, wie wir sehen, mit bestimmten Stellen des Gehirns ganz komplizierte Funktionen unserer Psyche. Alle diese Vorstellungen Wernickes vom notorischen und sensorischen Wortgedächtnis sind auf dem Boden Meynert'scher Lehre von der vollständigen und topographisch ähnlichen Abbildung des Körpers in der Grosshirnrinde erwachsen.

»Nach Meynerts Anschauungen bietet die Hirnrinde mit ihren 600 Millionen Rindenkörpern (Neuronen) hinreichende Anzahl von Vorratsstätten, in welchen die unzähligen von der Aussenwelt gelieferten Empfindungseindrücke ungestört nacheinander aufgespeichert werden können. Mit solchen Residuen abgelaufener Erregungen, die wir Erinnerungsbilder nennen wollen, ist die Hirnrinde bevölkert« (Freund).

»Meynert teilte, lesen wir in der Arbeit Oltuszewski (Warschau), »Psychologie und Philosophie der Sprache«, die Hirnrinde in zwei Regionen: die motorische bis zu der Furche von Roland und die sensorische hinter dieser Furche. Die sensorischen Zellen sollten zur An-

häufung des Gefühlsgedächtnisses von den Sinnen dienen; von den motorischen Rindenzellen aber, welche als Sammelort des motorischen Gedächtnisses dienen, pflanzen sich die motorischen Impulse fort. Ausserdem nahm Meynert zwei Arten von Fasern im Gehirn an: die Projektionsfasern, welche die Gefühlseindrücke zur Rinde führen, mittelst welcher wir Vorstellungen von der äusseren Welt in Form der Projektion auf die Rindenfläche erhalten, oder welche die motorischen Impulse ableiten, und die Associationsfasern, die dazu dienen sollten, einzelne Zellen oder Gruppen von Zellen der grauen Substanz mit einander zu verbinden, in welchen sich die besonderen Gedächtniszentren lokalisieren. Die Zentren dieser Gedächtnisse sollten durch Zwischenräume, denen die physische Funktion fehlte, genau abgegrenzt sein und zur Anhäufung neu erworbener Fähigkeiten dienen.«

Was diese Anschauungen anbetrifft, so sind sie teils durch neue anatomische (Freund, Flechsig), teils durch psychologische (Grashey, Goldscheider) Untersuchungen erschüttert.

Wernicke konstruierte ein Schema der Sprachfunktion. Er verband sein sensorisches Zentrum mit dem Broca'schen motorischen durch die von ihm neu entdeckten Associationsfasern und betrachtete dies Schema als einen Reflexbogen, die Sprache als einen Reflexakt. Die verschiedenen Sprachstörungen (Aphasien) erklärte Wernicke durch entsprechende Lokalisationen der Läsion. Wernicke unterschied Zentren und Leitungsbahnen der Sprache. Die Zentren betrachtete er als Ablagerungsstätten der Erinnerungsbilder der Worte. Neben den beiden Hauptformen der Sprachstörungen und zwar der Expression (motorische Aphasie)

und Perception (sensorische Aphasie) stellte er die sogenannten Leitungsaphasien auf, welche durch Läsionen der Associationsbahnen, die die oben erwähnten Zentren (Broca und Wernicke) verbinden, entstehen.

Lichtheim war der Meinung, dass die Sprachzentren in Verbindung mit der übrigen Hirnrinde, wo die Sinnesempfindungen in Begriffe verwandelt werden, stehen. Er verbesserte das oben erwähnte Wernicke'sche Schema, vermehrte die Anzahl der Leitungsaphasien, und schuf neue Gliederung der Formen von Aphasien (corticalen, subcorticalen, transcorticalen — Nomenklatur von Wernicke eingeführt).

Diesem Schema liegen Beobachtungen über die Entwicklung der Sprache beim Kinde zu Grunde. Das Kind hört den Klang des Wortes, sieht die Bewegungen des Mundes beim Wortaussprechen und sammelt diese Warnehmungen als Erinnerungsbilder in seinem Gehirn. Die Hirnteile, welche diese Erinnerungsbilder aufnehmen, seien Klangsbildzentrum (A) und Bewegungsbildzentrum (M). Beide Zentren werden durch eine Associationsbahn verbunden. Nach A übermittelt zentripetale Bahn (aA) die Gehörseindrücke, von M aus innerviert eine zentrifugale Bahn die Sprachbewegungen. Kommt das Verständnis für die Bedeutung der Worte, so verbindet sich A mit B — der Bildungsstätte des Begriffs, die man sich als über der ganzen Hemisphäre verbreitet zu denken hat. Wenn die willkürliche Sprache beginnt, so verbindet sich B durch eine zentrifugale Bahn mit M.

Mittelst verschiedener möglicher Durchtrennungen der Bahnen und Zentren entstehen 7 verschiedene Sprachstörungen, die besonders scharf unterschieden werden können, wenn man noch die Störungen der

Schriftsprache, des Lesens und Schreibens berücksichtigt. Das Lesen setzt die Existenz von optischen Erinnerungsbildern der Buchstaben voraus. Wir erlernen das Verständnis für die Schrift durch Verbindung dieser Schriftbilder (in O) mit den Klangbildern; durch lautes Buchstabieren innervieren wir das Klangbild A und stellen durch Vermittelung der Bahn OA die Verbindung von O nach B her. Für das laute Lesen wird die Bahn (oAMm) benutzt. Nicht so einfach ist der Vorgang beim Schreiben. Auch hier müssen zunächst die zum Schreiben notwendigen Bewegungskomplexe erlernt und die Erinnerungsbilder hiervon (in S lokalisiert) mit dem Schriftbild (in O) durch SO verbunden werden.

Später, als die Forscher die Sprachstörungen besser kennen gelernt hatten, beobachteten sie viele Fälle von Aphasie, welche in das Schema Lichtheim-Wernicke nicht passten. Bereits noch Lichtheim war ein Fall bekannt, dessen Erklärung er aus seinem Schema nicht geben konnte: das häufige Zusammentreffen von motorischer Aphasie und Alexie. Lichtheim machte zur Aufklärung dieses Symptomocoplexes die Annahme, dass es sich hier um Fälle von vollständigem Verlust aller Sprachfunktionen handle, bei denen die am leichtesten rückgängige Störung bereits überwunden sei (Freund).

Dabei fugt das Schema Lichtheim-Wernicke neue Bahnen hinzu, deren anatomische Kenntnis uns noch fehlt. Es ist schwer zu sagen, ob die Lichtheim'schen Leitungsbahnen in solcher Zusammenstellung liegen, »ob nicht«, wie Monakoff bemerkt, »vielmehr eine »innere« und »äussere« Leitungsbahn eines Zentrums für eine lange Strecke zusammenfallen, was für die

Physiologie der Sprachfunktion absolut gleichgültig, für die Pathologie des Sprachbezirkes in der Rinde sehr bedeutsam sein müsste.

Freund hat seine Aufmerksamkeit auf die vielen psychologischen Widersprüche des Schema L.-W. gelenkt. Es ist unwahrscheinlich, dass bei Leitungsaphasie (Unterbrechung der Bahn M A) die Fähigkeit zu sprechen und das Verständnis für die Sprache vorhanden, dabei aber das Nachsprechen unmöglich ist. Solche Fälle hat noch niemand, wie Freund sagt, beobachtet; es wäre dieses psychologisch auch undenkbar.

Ausserdem werden die Forscher durch die von Wernicke eingeführten Bezeichnungen: corticale, subcorticale und transcorticale Aphasie nicht befriedigt. »Im Grosshirn«, bemerkt Monakoff, »gibt es nämlich keine auch halbwegs reinen corticalen, subcorticalen und transcorticalen Unterbrechungen, sondern es gibt nur Läsionen von Windungen und Windungsgruppen, bei denen die Hauptzerstörung sich bald mehr auf tiefere, bald mehr auf oberflächlich liegende Windungsteile erstreckt, bei denen, mag der Herd sitzen, wie immer er wolle, stets sowohl Projektions- als auch alle möglichen Associations- und Commissurenbahnen geschädigt werden«.

Freund hat mit seinen vielen anatomischen Untersuchungen bewiesen, dass in der Rinde ausser Rindenzellen auch Associationsbahnen vorhanden sind, und also Wernickes Bezeichnungen mit dem Gehirnbau in Widerspruch stehen.

Stromayer äussert sich in seiner Arbeit »Zur Kritik der »subcorticalen« sensorischen Aphasie« in folgender Weise: »Finden wir einerseits bei ausgedehnter Rindenläsion reine »subcorticale« sensorische Aphasie, anderer-

seits aber keine Spur einer solchen an aktueller Stelle, so scheint es zweckmässig, den Begriff reines lokalisatorischen Beigeschmackes zu entkleiden und ihn einfach klinisch aufzufassen, falls man nicht vorzieht, ihn ganz aufzuheben und durch die anatomische nichts präjudizirende »Worttaubheit« zu ersetzen«.

Diese wichtigen Tatsachen zwangen die Forscher, neue Wege zu der Erklärung der Sprachstörungen zu bahnen.

Dabei waren immer seit der Erscheinung der Lokalisationstheorie Forscher, welche sich als Gegner dieser Theorie ausgezeichnet haben.

Diese Forscher behaupten, dass noch die einzelnen Arten der Sinnesempfindungen, besonders das Sehen und Hören, die Muskelbewegungen auf bestimmte Teile des Gehirns, auf ein Sehzentrum, Hörzentrum, motorisches Zentrum zu beziehen sind, dagegen die höheren Funktionen: Gedanken, Gefühle, Willensentschlüsse, Sprache, in der wir unsere Gefühle und Gedanken ausdrücken, nicht an bestimmte Bezirke des Gehirns gebunden sind, sondern Erscheinungen der gesamten komplizierten Arbeit vieler Associationen des ganzen Gehirns seien.

Die neusten Forschungen (Grashey, Freund, Goldscheider, Bastian) über die Aphasie bewegen sich jetzt nach psycho-physiologischer Richtung. Man hält sich weniger streng an die Lokalisationstheorie und betrachtet die Sprache als eine Sammlung von verschiedenen Associationen, die sich auf die Sprache und die Aufmerksamkeit stützt. Die sogenannten Sprachzentren gelten hiernach als Rindenendungen der sensorischen und motorischen Nerven, »welche Endungen gleichzeitig auch zur Aufnahme anderer Eindrücke dienen

ausser denjenigen, welche sich auf den Sprechakt beziehen, also die des motorischen — des Klanggedächtnisses und des Gedächtnisses der optischen Eindrücke« (Oltuszewski-Warschau).

Ausser diesen letzten anatomischen oder, wie man sie nennt, automatischen Gedächtnissen ist bei dem Sprachakt auch das psychische Gedächtnis — Fähigkeit, verschwundene Vorstellungen mit Bewusstsein wiederzuerzeugen oder sich zu erinnern — unentbehrlich. Einen anatomischen Grund für diese Vorstellungen gibt Flechsig an. Dieser Forscher unterscheidet, auf mehrere Untersuchungen des Gehirns des Kindes fussend, ausser den oben erwähnten Sinneszentren noch Associationszentren, welche er als Treffpunkt für viele Associationsbahnen ansieht, die sich in den vorderen, mittleren und hinteren Teilen der Gehirnsubstanz befinden. Dem hinteren Associationszentrum schreibt Flechsig eine wichtige Rolle in der inneren Sprache (Erinnerung der Worte) zu; die Läsion der vorderen bringt Verlust der Aufmerksamkeit und des Interesses mit sich; das mittlere steht in Verbindung mit dem Sprachmechanismus.

Die Sprachstörungen (Aphasien) werden von diesem Forscher teils als eine Störung des anatomischen, teils des psychischen Gedächtnisses gedeutet.

Was das Schema Wernicke-Lichtheim's betrifft, um zum Schlusse unserer kleinen Abhandlung über die Aphasie zu kommen, sagen wir mit Goldscheider: »Dieses Schema, wie alle Schemata, ist geeignet, unserem Verständnis zu helfen, kann aber nicht darauf Anspruch machen, der Ausdruck der wirklichen Vorgänge zu sein«.

II.

Die Aphasien teilt man gewöhnlich in organische, welche von einer grösseren oder geringeren Zerstörung der Sprachkomponenten abhängen, und in funktionelle, welchen die mehr oder weniger grosse Verminderung der Funktion (Verzögerung in der Leitung) charakteristisch ist. Letztere können die organische begleiten oder selbständig auftreten.

Unser Fall gehört, wie wir meinen, zu der zweiten Gruppe rein funktioneller Aphasie und zwar zu der hysterischen Aphasie.

Wir müssen hier noch im Kurzen die Frage von Aphasie und Hysterie bei Kindern erörtern.

Sprachstörungen in Form der Aphasie kommen bei Kindern sehr oft vor. Sie verdienen eine besondere Rücksicht, weil diese Sprachstörungen bei Kindern der Fortbildung ihres Geistes hinderlich sind. Die Aphasien kommen bei Kindern bei verschiedenen Erkrankungen vor: bei akuten infektiösen Erkrankungen, besonders bei Typhus (Bohn), oder während einer hohen Steigerung der Temperatur oder in dem erschöpften Zustande der Rekonvaleszenz. Es sind viele Fälle von Aphasie beschrieben bei Scarlatina (Eulenburg), Thypus exanthematicus (Dolinski), Variola (Bohn), Variocellen; auch bei akuten und chronischen Hirnerkrankungen (Embolie, Trauma, Tumoren), bei Reizzuständen des Digestionsapparates (Hensch). Nicht selten kommen solche Sprach-

störungen bei Kindern bei verschiedenen funktionellen Neurosen: Neurasthenie und Hysterie vor.

Die Hysterie der Kinder hat erst im Lauf der letzten Dezennien die Aufmerksamkeit der Ärzte auf sich gelenkt. Es sind viele Mitteilungen über Hysterie bei Kindern veröffentlicht worden (Jolly, Thimich, Brauns usw.) Am häufigsten tritt die Hysterie zwischen dem 6. und 12. Lebensjahre auf, doch wird sie schon bei Kindern von dem dritten Lebensjahre beobachtet (Clopott)

Eine Tabelle Briquet's, welche wir bei Binswanger in seinem Buch »Die Hysterie« gefunden haben, zeigt, dass die Hysterie am häufigsten bei Kindern vom 11. bis 13. Lebensjahre auftritt.

Tabelle Briquet's.

Im Alter	von	5	Jahren	3 Fälle.
„		6—7	„	6 „
„		7-8	„	11 „
„		8—9	„	6 „
„		9—10	„	9 „
„		10—11	„	4 „
„		11—12	„	17 „

Über das Verhältnis der infantilen zu der Hysterie der Erwachsenen hat Steiner eine Anzahl von Angaben verschiedener Autoren zusammengestellt.

	Ueberhaupt:	Kinder:	
Briquet	355	52 =	14,65 %
Landonzi	426	164 =	38,5
Scanzoni	217	4 =	1,843
Pitres	100	18 =	18
Althaus	820	71 =	8,415
Amann	268	16 =	6

In Bezug auf die Frage, welches Geschlecht häufiger von Hysterie befallen ist, hat Cloppot (Etude der Hysterie. Helsingfors 1888) folgende Tabelle aufgestellt, welche Angaben über 176 Mädchen und 96 Knaben enthält.

Im 1 —2.	Lebensjahr	bei 20 Kind.	19 Mädch.	1 Knabe
3.	„	1	—	1
4.	„	2	1	1
5.	„	6	4	2
6.	„	5	3	2
7.	„	19	15	4
8.	„	22	16	6
9.	„	22	15	7
10.	„	36	18	15
11.	„	41	24	17
12.	„	35	22	13
13.	„	43	27	16
14.	„	20	12	8
15.	„	3	—	3

Wir sehen hier ein Überwiegen bei den Mädchen.

Was die Aetologie anbetrifft, so spielen eine grosse Rolle die psychischen Momente: Schreck, Angst, Ärger; ferner wirkt auch bei Entstehung der hysterischen Erkrankungen bei Kindern prädisponierend die erbliche Belastung, bei Kindern die schwächliche Konstitution, fehlerhafte körperliche und geistige Erziehung, Anregung des Nachahmungstriebes, Onanie, Anämie, überstandene erschöpfende, namentlich fieberhafte Krankheiten. Nach Erfahrungen Professor Binswangers ist der Eintritt in die Schule im 6 —7. Lebensjahre nicht selten Anlass zum Ausbruch der Hysterie bei hereditär belasteten Kindern. Besonders ist die phthisische Belastung

zu nennen. Daboiisin fand bei 50 % Hysterischen Tuberkulose-Belastung. Nach Charcot begünstigt die Tuberkulose der Eltern »die Entwicklung der vererbten nervösen Keime, die bei den Eltern auch vorhanden, aber latent waren«. Nach Jolly ist die Tuberkulose-Belastung häufig mit einem schwachen Nervensystem verbunden. Was den Symptomenkomplex anbelangt, so ist er bei Kindern ebenso mannigfaltig, wie bei Erwachsenen.

Aus diesem Symptomenkomplex interessiert uns jetzt die hysterische Aphasie bei Kindern.

Bei der Durchsicht der Litteratur haben wir folgende Fälle hysterischer Aphasie gefunden.

I. Im Jahre 1877 schildert Bouchet in seiner Arbeit (»de l' aphasie chez les enfants« Gaz. de hôp. N. 30) unter den Fällen von Aphasie, welche in Rekonvaleszenz von schweren akuten Krankheiten, namentlich von Thyphoid eingetreten sind, primäre Aphasie ohne bekannte Veranlassung, welche B. 4 mal bei Kindern im Alter von 25 Monaten, 3, 6 und 9 Jahren beobachtete; die Kinder waren völlig gesund und von ungetrübter Intelligenz. In allen Fällen trat nach kurzer Zeit völlige Heilung ein.

II Im Jahre 1884 teilt Demme einen Fall von vorübergehender Aphasie bei einem 6jährigen Mädchen mit. Dasselbe war furchtsam, aber geistig und körperlich normal entwickelt. Bei einer wegen eines Spitzfusses ausgeführten Tenotomie stiess es plötzlich einen heftigen Schrei aus und blieb von diesem Augenblicke an vollständig aphatisch. Das Sprachvermögen stellte sich dann allmählig wieder ein. Am 21. Tage nach der Operation war die Sprache normal.

III. Bohn teilt im Jahre 1886 bei der Besprechung einiger Formen von Sprachstörungen im Kindesalter, welche nicht auf wirklichen Gehirnkrankheiten beruhen, einen Fall mit, wo eine rasch vorübergehende Aphasie bei einem 13jährigen Mädchen durch einen heftigen Schreck veranlasst worden war. Begleitende Erscheinungen irgend welcher Art waren nicht vorhanden.

IV. Dr. Ludwig beschreibt im Jahre 1901 ein 7jähriges Mädchen, bei dem sich in drei Tagen ohne nachweisbare Ursache Worttaubheit und Paraphasie entwickelt hatten. Andere Störungen waren bei dem Kinde nicht nachweisbar.

V. Treifel (»Über akutes Stottern«, Berl. Wochenschr. No. 45 1890) beobachtete zwei Fälle von akutem Stottern. Bei dem einen (nach Trauma) geht das Stottern aus Aphasie hervor. (Es kommt nicht selten vor, dass dem Stottern, welches viele Autoren für hysterischer Natur halten, Aphasie vorausgeht). Heilung binnen kurzer Zeit.

VI. Arnold Strassmann (Ein Fall von hysterischer Aphasie bei einem Knaben, kombiniert mit Facialis paralyse, Trismus und Sparmus«, Deut. med. Woch. 1890) teilt einen Fall von hysterischer Aphasie mit. Ein 8jähriger Knabe wurde plötzlich Nachts von einem Anfall von kompletter Aphasie und Facialis Lähmung betroffen.

VII. Jolly bemerkt in seiner Arbeit (»Über Hysterie bei Kindern«, Berl. Klin. Woch. 1892), dass bei Kindern vorübergehende oder länger dauernde Stummheit vorkommt. Er hat selbst einen 13jährigen Knaben gesehen, bei welchem die Stummheit intermittierend auftrat, zuerst in der Schule, dann

zu Hause, wenn er mit fremden Persönlichkeiten zusammenkam, während er in Gegenwart seiner Eltern jederzeit fliessend zu sprechen im Stande war. Auch dieser Zustand ging nach kurzer Einwirkung des faradischen Stromes vorüber«.

VIII. Salge Br. (»Hysterie bei Kindern«, Inaugur. Diss. Berlin 1898) erwähnt einen Fall von hysterischer Aphasie. Anna P., 10 Jahre alt, Eltern und 12 Geschwister sind gesund; sie selbst ist stets gesund gewesen. Am Tage vor der Aufnahme hat sich Pat. in einem dumpfen, übermässig heissen Zimmer längere Zeit aufgehalten, ist dann ins Freie gegangen und hat sich beim Spielen stark den Kopf an einer Mauer gestossen, bekam dann Kopfschmerzen, Zittern an Händen und Füssen und konnte sich nur mühsam nach Hause schleppen. Die Sprache wurde matt und war am nächsten Tage aufgehoben, das Zittern nahm zu, bald wurde Gehen und Stehen unmöglich; Bewusstsein erhalten. Die Erschütterung, die das Gehirn infolge des Stosses gegen den Kopf erlitten haben könnte, bemerkt der Autor, ist wohl kaum verantwortlich zu machen, dagegen hat der Schreck, den das Kind bei der Verletzung empfunden hat, den hauptsächlichsten Anteil an der Entstehung des Leidens gehabt.

IX. Ernst Barth (»Zur Symptomologie der hysterischen Taubheit«, Deut. med. Woch. 1900) erwähnt ein 11jähriges Mädchen, welches durch Schreck apathisch geworden war.

X. Emile Valin veröffentlichte (wir entlehnen dieses der Arbeit Dr. Hermann Gutzmann »Ein Beitrag zur Lehre von der Aphthongie«) einen Fall von

Aphthongie (Aphthongie — Koordinationsneurose von Krämpfen im Hypoglossusgebiet begleitet (Kussmaul), einen Fall, der sich bei einem Kinde im Alter von 6½ Jahren ereignete. Bei einer Schaustellung bekam das Kind einen Schreck, fiel in Ohnmacht und wurde nach Hause getragen. Als es nach einiger Zeit zu sich kam, waren alle übrigen Funktionen wieder in Ordnung, nur die Sprache war verschwunden; bei jedem Versuche zu sprechen, drückte es die Zunge gegen die Gaumen. Die Zunge zeigte krampfhafte Bewegungen, ein Ton kam aber nicht heraus. Erst nach einiger Zeit kamen allmählig einige Sprachlaute zum Vorschein, und die Sprache war dabei so, wie bei den Stotternden: zögernd und von Spasmen unterbrochen. Gutzmann erklärte diesen Fall eher für hysterische Aphasie, welche seiner Meinung nach nicht so selten bei Kindern vorkommt.

»Mehrfach«, sagt dieser Autor, »habe ich beobachtet, dass hysterischer Mutismus bei Kindern durch das Stottern zur Heilung gelangte«.

XI. In derselben Arbeit teilt Hermann Gutzmann einen anderen Fall von hysterischer Aphthongie mit. Ein 14jähriger Knabe, Emil Wagner, von sehr kräftiger Gesundheit, in der Schule der erste, in der Familie keine Nerven- und Geisteskrankheiten, der Pat. selbst von Krankheiten nur Masern durchgemacht, soll von seiten eines Erwachsenen durch Drohung einmal sehr eingeschüchtert worden sein. Der Knabe soll damals weinend und sprachlos nach Hause gekommen sein und niemals seit dieser Zeit seine natürliche frühere Frische und Munterkeit gezeigt haben. Was nun seine Sprache

selbst anbetrifft, so tritt das Übel in folgender Form auf. Fragt man ihn etwas, so ist er im Moment nicht immer zu antworten im Stande, sondern er ist gezwungen, absolut bewegungslos zu verharren. Er kann dabei ganz ruhig atmen, fühlt nirgends einen Druck oder ein unbehagliches Gefühl, vermag nur nicht in dem Moment sein Sprachorgan in Tätigkeit zu setzen. Bei Eintreten dieses Zustandes untersuchte Dr. Gutzmann den Knaben sehr sorgfältig. Er stellte fest, dass in den Artikulationsorganen weder durch Inspektion noch durch Palpation sich irgend ein Spasmus nachweisen lässt; die Zwergfellbewegungen normal. Dagegen bemerkte Dr. Gutzmann jedesmal nach derartigen vergeblichen Sprachversuchen eine auffallende Beschleunigung des Pulses und der Atmung.

Etwas ähnlich dem soeben beschriebenen Falle Dr. Gutzmann's ist unser Fall

Im Januar 1904 kam in die Poliklinik des Prof. Dr. Mendel eine Formersfrau mit ihrem 12jährigen Sohn. Sie erklärte dabei folgendes: Seit Herbst 1903 merkte sie, dass in dem Sprechen des Knaben eine Störung aufgetreten sei. Sie schenkte diesem sehr wenig Aufmerksamkeit, weil sie für ihre kleine Tochter sorgen musste, welche an Gelenkentzündung leidet und in einem Gipsverband liegt. Dem Schullehrer fiel es aber auch auf, dass der Junge das Sprachvermögen nicht mehr so gut beherrschte, wie früher; er teilte dieses den Eltern mit und empfahl ihnen, sich an einen Arzt zu wenden. Zu dieser Zeit bemerkte die Frau sehr oft, dass der Knabe bei dem Versuch, irgend ein Wort auszusprechen, in der Mitte stecken blieb. Er erklärte

dann auf Befragen, dass er das Wort nicht herausbringen kann. Zum Beispiel erzählte sie folgenden Fall: Der Junge sollte aus dem Laden ein halbes Pfund Butter holen, kam aber mit leeren Händen zurück und sagte: »Ich bringe nichts, weil mir im Laden die Sprache versagte und ich das nötige Wort nicht herausbringen konnte«.

Ähnliche Fälle hatte die Mutter in der letzten Zeit sehr oft beobachtet.

Der Vater des Pat. ist am Leben und bei guter Gesundheit; er geniesst täglich viel Alkohol und befindet sich zeitweilig im Rausch. Die Grossmutter und die Tante des Pat. sind an Schwindsucht gestorben. Die kleinste Schwester, wie schon oben erwähnt, leidet an Gelenkentzündung (Cositis). Die ältere Schwester hat in der Jugend Chorea durchgemacht, jetzt ist sie vollständig gesund. Der Knabe war früher immer gesund gewesen; von den Kinderkrankheiten hatten ihn nur die Masern befallen. Er hat niemals an Gelenkrheumatismus gelitten und weder vor noch nach seinem jetzigen Krankheitszustande Herzklopfen gehabt. In der Schule machte er die besten Fortschritte und wurde wiederholt für seinen Fleiss belobt.

Status praesens.

Pat. ist für sein Alter körperlich etwas zurückgeblieben. Die Haut und die Schleimhäute sind blass. Der Knabe im Allgemeinen schlecht genährt. Die Muskulatur ist schlaff, aber die Knochen sind gut entwickelt. Über der Zunge sowohl vorn wie hinten keine Dämpfung, überall normale Atemgeräusche. Sein Herz von normaler Grösse, keine Geräusche wahrzunehmen. Von Seiten der Verdauungsorgane nichts besonderes: der Appetit,

Stuhl normal. Es besteht keine Assymetrie im Gesicht, keine Abweichungen der Zunge, keine Spur von Paresen oder Lähmungen der Extremitäten; der Gang ist frei, er kann sich sowohl auf dem einen als auf dem andern Fusse stehend erhalten. Ferner lässt sich keine Störung der Tastempfindung, des Schmerz- und Muskelgefühls nachweisen; er schätzt Gewichte und Temperaturen in normaler Weise. Geschmack, Geruch und Gehör sind nicht beeinträchtigt, die Sehnenreflexe sind etwas lebhafter als normal. Augenbewegungen, Augenstellung und Augengrund normal; Pupillen gleichwert, auf Lichtreiz und Akkomodation gut reagierend. Rachenanästhesie besteht nicht. Die Farbenwahrnehmungen sind bei unserem Pat. in keiner Weise gestört. Keine Abnahme der Intelligenz. Die Gegenstände des gewöhnlichen Lebens, die man ihm zeigt, erkennt er sehr wohl und nennt sie mit Namen; mit dem Rechnen geht es gut; das Gedächtnis ist beim Pat. intakt. Der Knabe ist etwas schüchtern. Er spricht langsam, mit Unterbrechungen, welche sehr oft am Anfang des Satzes, nicht aber zwischen den Wörtern oder Buchstaben stattfinden. Diese Unterbrechungen sind zeitweilig sehr langdauernd. Während dieser Unterbrechungen atmet Pat. ruhig; Krämpfe der Gesichts- oder Halsmuskulatur konnten nicht konstatiert werden. Es ist interessant, dass der Knabe das nötige Wort nicht aussprechen kann, dabei aber die Möglichkeit besitzt, andere Wörter und Äusserungen, wie z. B. »es geht nicht heraus« usw. zu machen.

Auf Vorschlag, das Wort »Mensch« zu deklinieren, schweigt der Knabe. — »Dekliniere doch!« — »Es geht nicht heraus!« antwortet er. — »Schreibe auf!« Der Knabe dekliniert schriftlich und richtig. »Lies doch

das Aufgeschriebene!« Der Knabe schweigt und nur nach einiger Zeit brachte er das Wort heraus.

Das Singen geht gut und die Worte des Liedes folgen normal.

Der Mutter wird der Rat gegeben, dem Knaben sofort den Besuch der Schule zu untersagen, die ganze Aufmerksamkeit auf die Ernährung und gute Luft zu lenken. Der Knabe ist in eine Ferienkolonie geschickt worden. Von Medikamenten bekommt Pat. Eisen. Das Sprechen ist jetzt unvergleichlich besser.

Was die Diagnose dieses Falles anbetrifft, so können wir ohne jede weitere Besprechung die organische Läsion des zentralen Sprachorgans ausschliessen. Wir haben keine Anhaltspunkte, die Möglichkeit solcher Läsion (Blutungen, Tumor, Compession) zu vermuten: die Pupillen und Popillen sind normal, von Seiten der Nerven des Grosshirns keine Abnormitäten, keine Kopfschmerzen und kein Schwindel. Es kann nur eine funktionelle Neurose und zwar eine hysterische Aphasie angenommen werden. Hierfür haben wir direkte und indirekte Beweise: die erbliche tuberkulose Belastung, welche, wie wir gesehen haben, eine so wichtige Rolle in der Aetologie der Hysterie spielt, die Anämie, das gute Erhaltensein der Intelligenz, schliesslich der ganze Eindruck, welchen der Knabe nach aussen hin machte und die schnelle Besserung der Sprache — alles dies spricht für die hysterische Natur der Aphasie.

Zum Schlusse sei mir erlaubt, meinem geehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Mendel für die freundliche Überlassung des betreffenden Falles meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

Prof. Hensch, Berl. Klin. Woch. XX. 1883.

Dr. Gutzmann, Hysterische Aphthongie. Monatsschr. f. gesamte Sprachheilk. 1898.

Prof. Jolly, Über Hysterie bei Kindern. Berl. Kl. Woch. 1892.

Dr. Ludwig, Über einen Fall von hyster. sensor. Aphasie bei einem Kinde. Berl. Klin. Woch. No. 5, 1901.

Prof. Binswanger, Die Hysterie. Wien.

Strassmann, Ein Fall von hyster. Aphasie bei einem Knaben. Deutsch. med. Woch. 1890.

Ciarus, Über Aphasie bei Kindern. Würzburg 1874. Diss.

Oltuszewski, Psychologie und Philosophie der Sprache. Monatschr. f. gesamte Sprachheilk.

Goldscheider, Über zentrale Sprach-, Schreib- und Lesestörungen. Berl. Klin. Woch. 1892.

Kussmaul, Die Störungen der Sprache. Leipzig 1877.

S. Freund, Zur Auffassung der Aphasie. Leipzig u. Wien 1891.

Stromayer W., Zur Kritik der „subcorticalen" sensorischen Aphasie. Deutsch. Zeitschr. für Nervenheil. Bd. 21, 1902.

Bohn, H., Über Sprachstörungen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 25, 1886.

Charcot, Vorlesungen über Aphasie. Progres médic. 1883.

v. Leube, Spezielle Diagnost. der inn. Krankheiten. 2. Band.

Thesen.

I.

Die Menschentuberkulose lässt sich nicht leicht auf Rinder übertragen, was aber noch kein Beweis dafür ist, dass eine solche Übertragung unmöglich ist.

II.

Die Tuberkulose-Belastung spielt eine grosse Rolle in der Aetologie der Hysterie.

III.

Das Schema Lichtheim-Wernicke hat keinen anatomischen Grund.

Lebenslauf.

Der Verfasser dieser Arbeit, Abram Bassenco, bürgerlichen Standes, mosaischer Religion, wurde am 22. Oktober des Jahres 1876 zu Kertsch (Krim) in Russland geboren. Seine Vorbildung hat er auf dem Gymnasium zu Kertsch genossen.

Im August 1896 wurde er an der Universität zu Charkow immatrikuliert, wo er 9 Semester Medizin studierte. 10 Monate arbeitete er im Krankenhause zu Kertsch als Praktikant unter Leitung der dortigen Herren Oberärzte.

Im April 1903 begab er sich nach Berlin, woselbst er sein medizinisches Studium fortsetzte.

Während seines Studiums besuchte er die Kliniken, Vorlesungen und praktischen Übungen folgender Herren Professoren und Dozenten: in Russland Kultschitzky, Danilewski, Orlow, Krilow, Openchowsky, Aufimow, Obolenski, Girschmann; in Deutschland v Leyden, W. Nagel, Jolly (†), Mendel, Senator, Waldeyer, Orth, Strassmann, Dührsen.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.